Некоторые осложнения после эндодонтического лечения, меры их устранения

Искакова М.К., к.м.н., профессор

Байназарова Н.Т., асс., магистр

Казахстанско-Российский медицинский университет

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Оценка качества эндодонтического лечения приобретает актуальность в связи с увеличением числа пациентов с осложненными формами кариеса, сложностью проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после проведения эндодонтического лечения. Эндодонтическое лечение, на сегодняшний день, является одним из сложных методов лечения в терапевтической стоматологии.

Заболевания пульпы и заболевания периодонта остаются одной из основных причин удаления зубов. Зубы с элементами деструкции у верхушки корня являются очагами хронической инфекции, приводящими к системным заболеваниям. Наличие очага инфекции у верхушки зуба может вызывать системные расстройства, в то же время состояние здоровья пациента часто оказывает влияние на успех проводимого эндодонтического лечения. В настоящее время благодаря пониманию сути патологических процессов, протекающих в периодонте, и значительным успехам эндодонтической техники остается все меньше медицинских противопоказаний к лечению. Однако оно должно проводиться с определенными предосторожностями, а в ряде случаев пациент в обязательном порядке должен проконсультироваться с наблюдающим его врачом. Иначе говоря, чтобы не причинить пациенту вреда и защитить врача от необоснованного обвинения необходимо взвесить все факторы и с их учетом планировать лечение.

Цель исследования

оценить качество эндодонтического лечения на основании анализа медицинской документации

Материалы исследования

Для определения оценки качества лечения осложненного кариеса зубов, были взяты 20 пациентов, которые были распределены следующим образом:

1 группа – 10 пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, женского и мужского пола, которым было проведено эндодонтическое лечение в течение трёх месяцев;

2 группа – 10 пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, женского и мужского пола, которым было проведено эндодонтическое лечение в течение шести месяцев.

Результаты исследования

Внешний осмотр и осмотр полости рта проводился по классической схеме. Однако во время проведения осмотра полости рта большое значение имело гигиеническое состояние, наличие очагов одонтогенной инфекции (кариозные полости, острые края разрушенных зубов, пломбы с дефектами; состояние тканей пародон-

та). У 70% пациентов были выявлены кариозные зубы и пломбы (компенсированная форма кариеса); у 10% пациентов - были пломбы, не отвечающие требованиям и разрушенные зубы (субкомпенсированная форма кариеса) и 20% пациентов нуждались в хирургическом и ортопедическом лечении (декомпенсированная форма кариеса). Практически у всех пациентов наблюдались воспалительные и воспалительно-деструктивные заболевания тканей пародонта, зубные отложения. 20 пациентам в двух группах, ранее проводилось эндодонтическое лечение, но на протяжении трёх и шести месяцев у пациентов наблюдались различные осложнения в виде боли в зубе при накусывании, боли постоянного и ноющего характера, припухлость мягких тканей лица. Поэтому этим пациентам проводилось перелечивание зубов с повторным проведением эндодонтического лечения (таблица 1). Было пролечено 38 зубов, из них однокорневых зубов было 17, многокорневых – 21.

Таблица 1 – Виды осложнений после эндодонтического лечения (по срокам наблюдения)

Группа /сроки наблюдения	Виды осложнений			
	боль при накусывании на зуб	постоянная боль в зубе	неполная obturation канала	выведение эндодерметика за верхушку корня
1 группа	8/80%	2/20%	7/70%	-
2 группа	3/30%	5/50%	6/60%	2/20%
	11/55%	7/35%	13/65%	2/10%

Как следует из таблицы 1, наиболее частой причиной после эндодонтического лечения была неполная (некачественная) obturation корневого канала – в 65% случаях. Высокий процент осложнения наблюдается среди пациентов двух групп, предъявляющие жалобы на боли при накусывании на зуб. На постоянную боль в зубе жаловались, в основном пациенты 2 группы – 50%. Значительно реже были выявлены факторы выведения эндодерметика за верхушку корня зуба. Всем пациентам, после проведения основных и дополнительных методов обследования, было проведено повторное эндодонтическое лечение по следующей схеме: рентгенодиагностика, обезболивание, удаление пломбы, создание доступа к устьям корневых каналов, удаление корневой пломбы, проведение инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов. Применяли временные антибактериальной повязки на основе гидроксида кальция, временная повязка. При положительной динамике: отсутствие боли в зубе меняли временный эндодерметик на постоянный (АН 26 с гуттаперчевыми штифтами), контрольный рентгеновский снимок, постоянная пломба. Через 3 месяца пациенту проводилась контрольная рентгенодиагностика для

изучения состояния периапикальных тканей.

Для наглядности приводим выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента: пациент М., 39 лет обратился в клинику с жалобами на боль, усиливающуюся при накусывании. В ходе обследования поставлен диагноз обострение хронического гранулирующего периодонтита. На рентгенограмме нижний первый моляр с неадекватно запломбированными корневыми каналами, в периапикальной области обширный очаг разрежения костной ткани. Лечение: удаление пломбы, создание доступа к устьям корневых каналов, удаление корневой пломбы из дистального и медиально-язычного канала, проведение инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов. После инструментальной обработки провели ирригацию корневых каналов эндодонтическим шприцом с эндоглой 3% раствором гипохлорита натрия для качественной медикаментозной обработки корневых каналов. Лечение зуба проводили с применением временной антибактериальной повязки на основе гидроксида кальция, которую вводили в корневые каналы в виде жидкой суспензии. Временную повязку меняли каждые 2 недели. Через 3 месяца временную повязку удалили, корневые каналы были obturированы силлером с гутаперчей (методом латеральной конденсации).

Второй клинический случай: для наглядности приводим выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента: пациентка Т., 28 лет обратилась в клинику с целью осмотра перед протезированием. На прицельной рентгенограмме нижнего первого моляра отмечается неполная obturация корневых каналов. Во втором моляре, вероятно, ранее также было проведено эндодонтическое лечение, о чем свидетельствуют остатки пломбировочного материала в полости зуба, но каналы не obturированы. Лечение: удаление старых пломб, создание доступа к

устьям корневых каналов, в первом моляре проведено распломбирование корневых каналов, во втором моляре проведена ревизия корневых каналов. После тщательной инструментальной и медикаментозной обработки корневые каналы были obturированы силлером с гутаперчей (методом латеральной конденсации). На контрольной рентгенограмме корневые каналы моляров герметично obturированы на всем протяжении до верхушек.

Таким образом, на основании проведенного исследования нам был предложен алгоритм в случае повторного эндодонтического лечения (перелечивание): проведение основных и дополнительных методов обследования; обезболивание по показаниям (с учётом групповой принадлежности зуба); удаление постоянной пломбы (в случае её наличия на зубе); создание доступа к устьям корневых каналов; удаление корневой пломбы; проведение инструментальной обработки корневых каналов (машинными файлами); проведение медикаментозной обработки корневых каналов (эффективными и безопасными лекарственными средствами, такими как группа галлогенсодержащих антисептиков - 3-4% раствор гипохлорида натрия, 3-4% раствор гипохлорида кальция; временная obturация корневых каналов с использованием временного эндогерметика (желательно применять временные эндогерметики, обладающие противовоспалительным и антибактериальным действием); при положительной динамике проводится пломбирование корневого канала с обязательным проведением контрольного рентгеновского снимка и в завершении постоянная пломба.

** Данные результаты являются фрагментом магистерской диссертации Байназаровой Н.Т., научный руководитель, Исакова М.К.*